

Certificato Medico Curante per patente di guida

(facsimile allegato al parere del Ministero della Salute DGPREV n. 46247-P-05/11/2010)

Sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso certifico che il Sig./ la Sig.ra

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

da me in cura

da più

da meno

di un (1) anno,

presenta

non presenta

(cancellare la voce che non interessa)

(cancellare la voce che non interessa)

pregresse condizioni morbose che possono costituire un rischio attuale per la guida, in riferimento a:

Apparato cardio-circolatorio (se sì, specificare la diagnosi)	SI	NO
Diabete Mellito	SI	NO
Sistema Endocrino (se sì, specificare la diagnosi)	SI	NO
Sistema Neurologico (se sì, specificare la diagnosi)	SI	NO
Patologie Psiciche (se sì, specificare la diagnosi)	SI	NO
Epilessia	SI	NO
Condizioni di dipendenza da: Alcol / Sostanze Stupefacenti e Psicotrope (cancellare la voce che non interessa)	SI	NO
Apparato Uro-genitale: Insufficienza renale grave	SI	NO
Sangue e organi Emopoietici: Sindromi Emofiliche, Linfomi e Leucemie in trattamento (specificare)	SI	NO
Apparato Osteo-articolare: Gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SI	NO
Organi di senso: Gravi patologie visive evolutive	SI	NO

(Luogo e data)

Timbro del Medico

(con indicazione dell'eventuale **specializzazione** posseduta
e **numero regionale** se medico di assistenza primaria)

(Firma del Medico)

Allegato n. 2